



Departamento de Assistência Transitória de Massachusetts

BENEFÍCIO DE ASSISTENCIA ALIMENTAR PARA VOCÊ E SUA FAMÍLIA

REGISTRE-SE HOJE! É MAIS FÁCIL DO QUE VOCÊ PENSA!

COMO APLICAR

Para receber o benefício de assistência alimentar, preencha esta aplicação e devolva ao Departamento. Você pode enviar pelo correio, por fax ou entregar pessoalmente a aplicação no Departamento de Assistência Transitória que serve o seu local de residência. Se você não tem a certeza onde os escritórios se localizam, favor telefonar para **1-866-950-FOOD (3663)** ou visite o nosso website no **www.mass.gov/dta**.

IMPORTANTE: Temos que aceitar a aplicação, se ela contém o seu nome, endereço (se tiver) (página 1) e a sua assinatura (página 5). Esta informação mínima irá estabelecer a data de entrada de sua aplicação. No entanto, o restante da informação requerida na aplicação deve ser completada e temos que entrevistá-lo(a), para determinarmos a sua qualificação. Se você qualificar-se, o benefício de assistência alimentar começará na data em que recebemos a sua aplicação.

Por favor tente responder a todas as perguntas na aplicação. Quanto mais informação nos der, mais rápido poderemos actuar ao seu pedido. Se você ficar indeciso(a) ou não compreender uma das perguntas, deixe em branco, pois discutiremos suas dúvidas durante a sua entrevista. Após recebermos a sua aplicação, iremos contactá-lo(a), para marcarmos uma entrevista para obtermos mais informações. Esta entrevista irá ter lugar no escritório onde a aplicação foi recebida ou por telefone. Se necessitar de um intérprete para ajudá-lo(a) a preencher o formulário ou para a entrevista, favor informar-nos, para que possamos arranjar-lhe um. Aqui listamos os tipos de documentos e informações que você necessitará fornecer, quando entregar a sua aplicação. Favor ler a lista e reunir os comprovantes que irá necessitar.

VOCÊ PODE OBTER OS BENEFÍCIOS DE ASSISTENCIA ALIMENTAR DENTRO DE SETE DIAS SE:

- O total do seu salário e do dinheiro em sua conta bancária seja menor do que as suas despesas com moradia mensal; ou
- O seu salário mensal é menor do que US\$150.00 e o dinheiro em sua conta bancária é menos ou igual a US\$100; ou
- você é um(a) trabalhador(a) emigrante e o dinheiro em sua conta bancária é menos do que US\$100.00.

Estamos a perguntar-lhe sobre o dinheiro que tem no banco para determinar se qualifica para benefícios imediatos de assistência alimentar. Não lhe pediremos que apresente comprovativo do dinheiro que tem no banco. Se decidirmos que você não pode receber os benefícios de assistência alimentar dentro de 7 dias (serviço imediato) e você não concordar, ou se qualificar-se para aquele serviço, mas não receber os seus benefícios dentro dos sete dias, após o dia da sua aplicação, você tem o direito de requerer uma reunião com um dos nossos supervisores. Para aplicar e receber esses benefícios você necessita apresentar provas do seu salário, despesas e outras informações relevantes. Você somente necessita apresentar informações que aplicam-se a você. Por exemplo: se você não tem um emprego, então não se preocupe com o rendimento, citado na lista abaixo.

Quando você receber os benefícios de assistência alimentar ser-lhe-á dada uma conta, a qual funciona como uma conta bancária. Todos os meses os seus benefícios serão depositados nesta conta. Para você ter acesso à conta ser-lhe-á dado um cartão – *Bay State Access* – que funciona como um cartão bancário automático ou um cartão de crédito. A sua privacidade é importante e o uso deste cartão ajudará a mantê-la. Você pode usar o seu cartão em supermercados, lojas de conveniência, mercados e cooperativas. Você usará o cartão da mesma forma que usaria um cartão ATM ou de crédito, para pagar por suas compras de alimentos.

Coisas que precisa fornecer, se elas se aplicam a você, para receber os benefícios de assistência alimentar:

1. **Prova de Identidade:** Carta de condução, certidão de nascimento ou outra prova de sua identidade.
2. **Prova de Residência em Massachusetts:** conta de hipoteca, impostos, seguro predial, conta de luz ou água, recibos de renda ou contrato de arrendamento. Em algumas circunstâncias, algumas pessoas no têm condições de apresentarem provas de residência.
3. **Prova de salário:** Contra-cheques, declaração do empregador constando o salário bruto das últimas quatro semanas.
4. **Outro Rendimento:** Cópia de seu contra-cheque mais recente do Seguro Social ou cópia da carta de concessão dos benefícios, prova do fundo de desemprego, compensação ao trabalhador, reforma, pensão alimentícia para dependentes - filhos e/ou esposa (o).
5. **Trabalho por conta própria:** Imposto federal mais recente (Formulario C) ou os últimos três meses dos registros da empresa.
6. **Rendimento de Propriedade:** Se recebe pagamentos de alguém que aluga um quarto ou apartamento de você, cópia do contrato de aluguer ou uma declaração do rendeiro, onde deverá constar a quantia paga pelo aluguer.
7. **Se não for Cidadão:** Todos os que não são cidadãos dos EUA e estão a aplicar para benefícios de assistência alimentar, devem mostrar e fornecer uma cópia do "Green Card" ou qualquer outro documento para imigrantes.

NOTA: Será pedido a certos agregados familiares com membros desqualificados que forneçam informações e comprovativos das contas bancárias e de outros bens.

O programa de benefício de assistência alimentar permitem que outros documentos sejam apresentados, para receber benefícios mais altos. Você pode deduzir certas despesas sobre seus rendimentos. Fornecendo provas das despesas listadas abaixo, você poderá receber mais benefícios.

1. **Moradia:** Recibos de renda ou contrato de aluguer podem comprovar os custos com moradia. No caso de proprietários, a hipoteca, impostos ou seguros de propriedade podem ser apresentados para esta comprovação.
2. **Serviços Públicos:** Contas de óleo, gás, eletricidade, telefone (incluindo celular) podem ser apresentadas para comprovarem a quantia que você pagou, como também contas de outros serviços públicos, tais como remoção de lixo, madeira ou carvão para aquecimento.
3. **Despesas médicas:** Se você ou qualquer outro membro da família que more com você, tem 60 anos de idade ou mais, ou tenha uma deficiência médica certificada, os recibos com as despesas médicas podem ser apresentados. A prova pode ser feita através dos recibos de co-pagamentos ou pagamento de seguro de saúde, de dentaduras postizas, óculos, pilhas para aparelho para a surdez, medicamentos com receita médica, analgésicos receitados pelo médico, medicamentos comprados que não necessitam receita médica, e recibos para transporte que pagou para receber os serviços médicos.
4. **Despesas com creches ou cuidados de dependentes adultos:** Você pode comprovar estas despesas mostrando uma declaração escrita da(s) pessoa(s) que fornece(m) esses serviços, cheques ou cópias de ordens de pagamento que foram usados para o pagamento das despesas.
5. **Pagamentos de Pensão Alimentícia para Filhos:** Se você paga pensão alimentícia a alguém que não vive com você, apresente a prova desta obrigação legal, constando a quantia paga.

Após a entrevista, você receberá uma lista de documentos que necessitará apresentar ao Departamento.
Contra-cheques, contas dos serviços públicos, e outras provas a serem apresentadas devem ser atuais (com datas a não exceder quatro semanas antes da data da sua aplicação).



Departamento de Assistência Transicional de Massachusetts
Aplicação para Assistência Alimentar

Fonte: (favor marcar uma)

- CEO Project Bread DMH
 DMR BMC Food Pantry
 MRC Other _____

1. Informação sobre Você (Responda a todas.) Se não é cidadão e opta por NÃO solicitar os benefícios de assistência alimentar, você não necessita declarar o seu número do Seguro Social nem a sua situação de imigração.				
Sobrenome		Nome	Inicial	Nº. do Seguro Social
Este nome é (marque um) <input type="checkbox"/> Nome de Batismo <input type="checkbox"/> Nome de Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Nome de Casado(a) <input type="checkbox"/> Nome de Casamento Anterior <input type="checkbox"/> Apelido				
Data de Nasc.:		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Você está grávida? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Estado Civil (marque um) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Nunca casou-se <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)				
Qual é o seu idioma preferido?				
Sua descendência/raça : Esta informação é recolhida para assegurarmos de que todos sejam tratados de forma justa. Sua resposta é voluntária e não afetará a sua elegibilidade nem a quantia dos benefícios. Descendência: <input type="checkbox"/> Hispânica ou Latina <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Raça: (marque todas as que aplicam-se) <input type="checkbox"/> Indígena Americano ou Nativa do Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Preta ou Afro-Americana <input type="checkbox"/> Nativa do Havaí ou de Outra Ilha do Pacífico <input type="checkbox"/> Branca				
Você tem uma situação que é especial? (Marque todas que aplicam-se a você): <input type="checkbox"/> Debilitação Física ou Mental <input type="checkbox"/> Debilidade Auditiva <input type="checkbox"/> Debilidade Visual <input type="checkbox"/> Precisa de Intérprete <input type="checkbox"/> Uso da Linguagem para Surdos-Mudos <input type="checkbox"/> Outra _____				

2. Informação Sobre Onde Vive (Marque o que é pertinente.)				
Endereço Atual	Número e Rua		Apt °.	Cidade, Estado, Código Postal
Você não tem onde morar? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Este endereço é temporário? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Seu endereço atual é o mesmo para correspondência? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Se este é um endereço temporário, qual é o permanente?				
Escreva o seu endereço para correspondência, se for diferente do da sua residência:				
Número(s) de telefone para contatá-lo(a) durante o dia (_____) _____ - _____ (_____) _____ - _____ Melhor horário para contatá-lo(a) por telefone: Hora: _____ Circule os dias de sua preferência: 2a. Feira 3a. Feira 4a. Feira 5a. Feira 6a. Feira				
Você reside em: <input type="checkbox"/> Casa Particular <input type="checkbox"/> Residência Pública <input type="checkbox"/> Pensão <input type="checkbox"/> Residência Transitória <input type="checkbox"/> Residential Facility <input type="checkbox"/> Residência do Empregador <input type="checkbox"/> Programa de Moradia p/Adolescentes <input type="checkbox"/> Migrant Campsite <input type="checkbox"/> Abrigo				

3. Pessoa que ajudou(a) a preencher este formulário:			
Sobrenome	Nome	Inicial	Telefone
Endereço	Cidade	Estado	Código Postal

4. Representante Autorizado	
Você quer dar à esta ou outra pessoa autorização para aplicar ou receber os benefícios para você? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	

5. Renúncia de ter uma Entrevista em Pessoa

Se não puder comparecer à entrevista no DTA, favor marcar todas as razões pertinentes:

- Idoso/Deficiente Problemas com Transporte Trabalha quando o DTA funciona
 Cuidando das crianças/Membro da família Deficiente Outra _____

IMPORTANTE: Lembre-se de escrever o(s) seu(s) número(s) de telefone na página. 1, no caso de necessitarmos contatá-lo(a), com respeito à sua aplicação ou se tivermos que entrevistá-lo(a) por telefone.

6. Perguntas Relacionadas com a sua Cidadania

- a. Todos em sua casa são cidadãos americanos por nascimento ou por naturalização? sim não
 Se **sim**, passe para a pergunta 7. Se **Não**, passe para a Parte b, abaixo.
- b. Segundo as regras de assistência alimentar (106 CMR 362,220), um indivíduo que não é cidadão e não é capaz ou não deseja fornecer o número do Seguro Social e/ou informação sobre a situação na imigração, devido à sua condição de imigrante, não necessita fazê-lo. De qualquer forma, esta pessoa não estará qualificada para receber assistência alimentar. No entanto, os outros membros da família podem requerer esses benefícios.

1. Liste abaixo todos os membros da família que escolheu a **NÃO** se inscrever para assistência alimentar:

2. Marque aqui se todos os membros optaram por aplicar:

7. Informação Sobre as Pessoas com Quem Você Vive - Favor listar todas as pessoas com quem você vive. Não inclui a si próprio.

(Anexe uma folha separada, se for necessário). Os que não são cidadãos que vivem com você e optam por não aplicar para assistência alimentar não necessitam declarar o número do Seguro Social e nem a condição de imigrante.

Sobrenome	Nome	Inicial	Data de Nasc.	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco com você
Vocês compram e preparam alimentos juntos? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Esta pessoa está a aplicar para assistência alimentar? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Número do Seguro Social	
Estado Civil			Grávida? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		

Sobrenome	Nome	Inicial	Data de Nasc.	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco com você
Vocês compram e preparam alimentos juntos? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Esta pessoa está a aplicar para assistência alimentar? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Número do Seguro Social	
Estado Civil			Grávida? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		

Sobrenome	Nome	Inicial	Data de Nasc.	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco com você
Vocês compram e preparam alimentos juntos? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Esta pessoa está a aplicar para assistência alimentar? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Número do Seguro Social	
Estado Civil			Grávida? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		

8. Em seu lar há criança(s) menor(es) de 18 anos que não é(são) sua(s) e que não está(ão) sob a sua supervisão e controle? sim não
 Se há, quem? _____
9. Você tem em sua casa um hóspede ou pensionista (pessoa que paga por um quarto ou por um quarto e por refeições)? sim não
 Se tem, qual é o nome dessa pessoa? _____
10. Há alguém vivendo em sua casa em que recebe pagamentos **para cuidar de filhos adotivos (foster care)**? sim não
 Se sim, para quem esses pagamentos estão a ser feitos? _____
11. Você ou qualquer outra pessoa em sua casa, residente em outro estado a não ser Massachusetts ou em outro país, ou ainda, você ou qualquer outra pessoa em sua residência tem intenção de mudar-se para fora de Massachusetts? sim não
 Se sim, quem não reside em MA ou tem intenção de partir? _____
12. Você ou outra pessoa que reside em sua casa **NÃO** é cidadão dos EUA? sim não
13. Você ou qualquer um vivendo com você quem tem 18 anos ou mais, é cidadão de Estados Unidos e residente de Massachusetts gostariam de registrar-se para votarem? sim não
 Se sim, quem gostaria de registrar-se? _____

14. Você ou qualquer um que vive em sua casa tem alguma incapacidade física ou mental temporária ou de longo prazo? sim não
 Se sim, quem esta incapacitado? _____

15. Salario							
Você ou qualquer pessoa que vive em sua casa está trabalhando atualmente ou trabalhou nos últimos 60 dias? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não							
Se sim, completa a seção seguinte. (Anexe uma folha separada, se for necessário.) IMPORTANTE: Lembre-se de completar esta seção se você ou qualquer um vivendo com você trabalha por conta propria.							
Sobrenome		Nome		Nome do Empregador, Endereço & Telefone			
Função	Início	Término	Recebe p/hora \$ _____	Horas p/ Semana	Gorjetas p/Semana \$ _____	Freqüência de Pagamento	Trabalho Permanente? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

Se o trabalho terminou, quando foi o último dia? _____

Escreva abaixo os seus salários mais recentes:

De	Data	A	Salario Bruto	Horas
			\$	
			\$	
			\$	

16. Outros Rendimentos				
Você ou qualquer pessoa que vive com você está qualificado(a) para receber ou está recebendo qualquer outro tipo de rendimento, tal como Seguro do Desemprego, Pensão a Menores, Seguro Social, SSI, Compensação de desemprego, Benefícios para Veteranos, reforma ou renda de aluguer? Se sim, complete a seguinte seção. (Anexe uma folha separada, se for necessário.)				

Nome	Tipo de Rendimento	Quantia	Freqüência?	Data do Início do Rendimento

17. Você ou uma pessoa que resida com você tem uma ordem judicial para pagar pensão alimentícia a menor(es) que não vive com você? sim não
 Qual é a freqüência? Mensal Semanal Quantia \$ _____

18. Você ou qualquer outra pessoa que vive com você tem despesas com creches ou com cuidados de dependentes adultos? sim não
 Qual é a freqüência? Mensal Semanal Quantia \$ _____

19. Você ou alguém em seu lar, que tenha 60 anos de idade ou mais, ou é incapacitado tem despesas com seguro de saúde? sim não
 Qual é a freqüência? Mensal Semanal Quantia = \$ _____

20. Você ou outra pessoa em seu lar, tem 60 anos de idade ou mais ou se é incapacitado, tem despesas médicas que você próprio paga? sim não
 Se afirmativo, complete a seção seguinte:

Nome	Tipo	Freqüência dos Pagamentos?	Quantia	Data inicial de Pagamento

21. Despesas com Abrigo	
Qual é o tipo de despesa com abrigo você tem?	
Aluguer/Hipoteka <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Quantia do Aluguer/Hipoteka \$ _____
Imposto de Propriedade <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Outra <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	

22. Despesas com Serviços Públicos	
Que outro tipo de despesas com serviços públicos você paga para além da sua renda?	
Aquecimento (gás, óleo ou elétrico) e/ou ar condicionado	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Qualquer outro serviço (excluindo aquecimento e ar condicionado)	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Sómente telefone, incluindo telefone celular	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Você paga por ar condicionado e/ou por aquecimento separadamente da sua renda?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Você já recebeu ou pensa que receberá os benefícios de Auxílio com Combustível para Aquecimento?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

Seus Direitos e Responsabilidades

Compreendo que fornecendo declarações falsas, duvidosas ou deturpadas, ocultar fatos, seja verbalmente ou por escrito, afim de estabelecer elegibilidade para o Programa de benefício de assistência alimentar é fraude, considerada uma Infração Intencional do Programa (IPV), e é punível com penalidades criminal e civil.

Entendo que o Departamento de Assistência Transitória (DTA) administra o Programa de benefício de assistência alimentar, e que devo informar a DTA qualquer mudança nomeu rendimento familiar, meus bens, endereço, arranjos de moradia, tamanho da família, de emprego ou quaisquer outras mudanças que possam afetar nossa elegibilidade. Devo participar estas mudanças a DTA pessoalmente, por escrito ou por telefone, e devo fazê-lo dentro de 10 dias após a mudança, a menos que tenha autorização do Departamento para informar sobre as mudanças, semestralmente.

Compreendo que nos regulamentos de benefícios de assistência alimentar, para receber dedução das despesas com creche ou com cuidados de dependentes, renda ou pagamentos de hipoteca, com serviços públicos, pagamentos de pensão para sustento de dependentes paga a terceiros, ou despesas médicas, devo informar e fornecer provas ao DTA. Se não informar ou comprovar estas despesas ao Departamento pode significar que vou receber benefícios mensais de assistência alimentar mais baixos, e o DTA assumirá que a minha família não quer receber as deduções, porque as despesas não foram declaradas ou não podem ser comprovadas.

Assinando abaixo, compreendo que todos os membros da família, entre os 16 e 60 anos serão, automaticamente, registrados no Programa para Emprego e Treino do programa de benefício de assistência alimentar (FS/E&T). O registo automático neste Programa permite que os membros da família tenham acesso fácil aos Serviços FS/E&T. Os membros da família que não são isentos, serão notificados sobre os requisitos de trabalho, ser-lhe-ão explicadas as isenções e as penalidades, conseqüências da recusa de trabalho, e serão recomendados a um trabalho, se apropriado.

Compreendo que assinando este formulário, estou dando autorização a DTA para verificar e investigar estas informações relacionadas à minha elegibilidade para receber esta assistência, como também estou dando autorização ao Departamento para comprovar através de outras agências, incluindo agências federais e estaduais, autoridades de habitação, Departamento do Bem-Estar de outros Estados e instituições financeiras. Também permito que estas agências partilhem as informações, sobre a minha família, que sejam pertinentes ao recebimento desses benefícios, da DTA.

Entendo que assinando este documento, também dou autorização ao DTA para compartilhar informações sobre mim e meus dependentes menores de 19 anos de idade com o Departamento de Educação, de modo que meus dependentes automaticamente sejam qualificados para os programas de pequeno lmoço e de almoço da escola. Também dou autorização a DTA para compartilhar informações sobre mim, meus dependentes com idade abaixo de 5 e qualquer uma pessoa grávida que reside em minha casa com o Departamento de Saúde Pública, de modo que eles sejam referidos ao Programa da WIC, para receberem serviços de nutrição.

Ao assinar este documento dou autorização a DTA e ao Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos de Massachusetts para compartilharem informação sobre a minha elegibilidade para benefícios de auxílio públicos com companhias de distribuição de eletricidade, companhias de distribuição de gás e companhias de telecomunicações, que estão em conformidade com os acordos de confidencialidade executados por estas companhias, com a única finalidade de verificarem a minha elegibilidade para ter descontos nos serviços por elas fornecidos. Também autorizo a DTA para compartilhar esta informação com o Departamento de Habitação e Desenvolvimento da Comunidade, para candidatar-me ao Programa de Aquecimento & Alimentação.

Tenho conhecimento que receberei uma cópia do folheto "Your Right to Know" (Seu Direito em Saber) e o folheto sobre o programa de benefício de assistência alimentar, e que devo lê-los ou ter alguém que os leia para mim, para que eu possa entender o seu conteúdo e os meus direitos e responsabilidades. Se eu tiver quaisquer perguntas sobre os folhetos ou qualquer outra informação, eu perguntarei ao meu trabalhador. Eu posso também chamar os Serviços de expediente a 1-800-445-6604 se eu tiver problema em ler ou compreender alguma desta informação.

Advertência sobre as Penalidades do Programa de Benefício de Assistência Alimentar

Eu compreendo que se eu ou qualquer outro membro de meu lar que esteja recebendo os benefícios de assistência alimentar, intencionalmente não cumprir uma das regras alistadas abaixo, será impedido de receber os benefícios do Programa por **um ano** depois da primeira infração, **dois anos** depois da segunda e permanentemente depois da terceira infração. A pessoa também poderá enfrentar uma pena criminal, sob as leis federais e estaduais aplicáveis. Estas regras são:

- Não ocultar nem dar informação falsa, a fim de receber benefícios de assistência alimentar.
- Não negociar nem vender os benefícios.
- Não alterar os cartões EBT, afim de receber benefícios que você não está autorizado.
- Não usar os benefícios de de assistência alimentar para comprar produtos inelégíveis, tais como bebidas alcoólicas e tabaco.
- Não usar os benefícios de de assistência alimentar nem o cartão EBT de outra pessoa, a menos que seja um "representante autorizado."

Eu também entendo as seguintes penalidades:

- Indivíduos que cometem uma infração Intencional (IPV) no programa de auxílio financeiro e é confirmado numa Audiência Administrativa (ADH), será impedido de receber benefícios de assistência alimentar, pelo mesmo período que ficar impedido de auxílio financeiro.
- Indivíduos que fazem uma declaração ou representação fraudulenta sobre sua identidade ou local de residência para receber múltiplos benefícios de de assistência alimentar simultaneamente, ficará impedido de receber os benefícios do Programa, por **dez anos**.
- Indivíduos que negociam (comprar ou vender) os benefícios de de assistência alimentar, para comprar drogas ou substâncias controladas serão impedidos ao Programa durante **dois anos**, quando for verificado pela primeira vez, e **permanentemente** na segunda.
- Indivíduos que negociarem (comprar ou vender) os benefícios para a aquisição de armas de fogo, munição ou explosivos serão impedidos permanentemente, de receberem os benefícios.
- Indivíduos que negociarem (comprar ou vender) os benefícios que tenham um valor de US\$500 ou acima serão impedidos da participação ao Programa **permanentemente**.
- Indivíduos que estão fugindo para evitarem acusação, custódia ou encarceramento, depois da condenação por um crime ou estão transgredindo uma condição de liberdade condicional, não são elegíveis a participar no Programa de assistência alimentar.
- Indivíduos que deixarem de cumprir, sem justa causa, com os Requisitos de Trabalho do Programa de assistência alimentar serão desqualificados durante um período de **três meses** no primeiro veredicto, **seis meses** no segundo e **doze meses** na terceira vez. Se a pessoa que foi acusada de haver cometido a infração pela terceira vez for o(a) chefe da família, a família *inteira* que vive naquela casa não deverão ser elegíveis para participarem no programa de assistência alimentar, por um período de **seis meses**.

O Direito a um Intérprete

Eu compreendo que tenho um direito a um intérprete, que será fornecido pelo DTA, se nenhum adulto da família é capaz de falar e entender inglês. Também entendo que posso ter um intérprete para qualquer audiência com o DTA ou trazer um próprio. Se necessitar de um intérprete para uma audiência, devo chamar a Divisão de Audiências (*Division of Hearings*) pelo menos uma semana antes da data da audiência.



ASSINATURA DO REQUERENTE: Assinando este documento eu, por meio deste certificado, sob pena de falso testemunho que li (ou alguém leu para mim) e compreendo os meus "Direitos e Responsabilidades," e que as informações neste formulário e/ou em qualquer outro documento suplementar que, poderei no futuro, fornecer ao Departamento são exatos e completos, no melhor de meu conhecimento. Também certifico que todos membros de minha família, que estão solicitando os benefícios de assistência alimentar, são cidadãos dos EUA ou, se não, reúnem os requisitos da imigração, de forma satisfatória.

Assinatura do requerente: _____ Data: ____/____/____

Declaração Sobre Indiscriminação

De acordo com as Leis Federais e do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA), e do sistema do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS), esta instituição é proibida de discriminar baseando-se em raça, cor, origem nacional, sexo, idade, ou deficiência. Sob o sistema da Lei de Assistência Alimentar e do USDA, discriminação é também proibida contra religião ou crenças políticas.

Para registrar uma queixa de discriminação, entre em contato com o USDA ou HHS. Envie para: **USDA, Director, Office of Civil Rights**, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 ou telefone para (800) 795-3272 (voz) ou (202) 720-6382 (TTY), ou para **HHS, Director, Office of Civil Rights**, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ou chame para (202) 619-0403 (voz) ou (202) 619-3257 (TTY). USDA e HHS são empregadores que fornecem oportunidades iguais.